

La SECCION 9 del Acta Nacional de Comida Escolar requiere que, al menos que se de el número de las estampillas de comida de su niño o el número del caso de CA o FDPIR, usted deberá dar el número de Seguridad Social del adulto que firma esta aplicación o indicar que no lo tiene, si así fuera. No es obligatorio el dar el número de Seguridad Social, pero si no se da o no se indica que el adulto firmante no lo posee, la aplicación no puede ser aprobada. Esto se le debe hacer saber a la persona que firme. El número de Seguridad Social puede ser utilizado para identificar al miembro de la casa y por medio de él verificar que la información dada en la aplicación es correcta. Estas verificaciones pueden ser llevadas a cabo a través de revisiones, auditorias, e investigaciones y puede incluir el ponerse en contacto con el empleador para determinar el salario, contactar la oficina de estampillas de comida o ayuda (welfare) para determinar si está recibiendo beneficios de Estampillas de Comida, CA o FDPIR; contactar la oficina de seguridad de empleo del Estado para verificar la cantidad de beneficios recibidos y ver la documentación presentada por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. El dar información incorrecta puede resultar la pérdida o reducción de los beneficios, demanda administrativa o acción legal.

Apartado 6	<p>RAZA: Por favor indique raza o identidad étnica de su hijo. No se le requiere que conteste. Necesitamos esta información para asegurarnos que los beneficios sean otorgados justamente.</p> <p>() Negro, Africano Americano () Asiático () Indio Americano o Nativo de Alaska () Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico () Blanco () Hispano o Latino</p>	<p>De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los E.U., a esta institución se le prohíbe discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para registrar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y patrón de oportunidad igual.</p>
Apartado 7	<p>OTROS BENEFICIOS No es necesario que complete esta parte para recibir comidas gratuitas y de precio reducido. Usted tiene la opción de escoger todos los programas enlistados o parte de ellos. Los oficiales de la escuela podrían usar la información provista en esta aplicación para determinar la elegibilidad de mi niño para:</p> <p style="text-align: center;">libro de texto equipo deportista cuaderno provisions de arte _____</p> <p>LA INFORMACION DE ESTE FORMULARIO SOLO PUEDE SER USADA PARA ASISTIR EN LA DETERMINACION DE LA ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS QUE HE INDICADO. ENTIENDO QUE ESTARE DANDO INFORMACION LA CUAL MOSTRARA QUE ESTOY APLICANDO PARA RECIBIR BENEFICIOS GRATUITOS Y DE PRECIO REDUCIDO BAJO EL PROGRAMA NACIONAL DE COMIDA EN LA ESCUELA. RINDO MIS DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD SOLO PARA ESTOS PROPOSITOS.</p> <p>Certifico que yo soy el padre/tutor del niño(s) por los cuales de está haciendo la aplicación.</p> <p>Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____</p>	

FOR SCHOOL USE ONLY

<p>VERIFICATION Date Selected for Verification _____ Response Due from Household _____ Second Notice Sent _____ Date Response Received _____ Sample Selection: () Random () Focused () 100% () Other</p>	<p>Verification Results: () No Change () Ineligible () Free to Reduced () Reduced to Free</p>	<p>Reason for Change: () Income () Household Size () Refused to Cooperate () Other _____</p>
<p>() Food Stamp/TANF/FDPIR Eligibility: () Not Confirmed () Food Stamp/CA/FDPIR Office () Notice of Eligibility () Agency records</p>	<p>() Monthly Income \$ _____ () Wage Stubs () Written Documents () Collateral Contact () Other _____</p>	<p>Date Adverse Notice Sent _____ Date of Change _____ Signature of _____ Verifying Official _____ Date _____</p>

MONTHLY INCOME CONVERSION: WEEKLY X 4.33; EVERY TWO WEEKS X 2.15; TWICE A MONTH X 2
--